

Aspects médico-économiques de la prise en charge des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde

Sabrina Dadoun, Bruno Fautrel *

Les questions économiques sont aujourd'hui inévitables en rhumatologie du fait du vieillissement de la population et de la demande croissante de bien-être mais aussi de l'apparition de médicaments très coûteux. Les médecins se doivent donc d'être informés et de prendre part aux débats sur les budgets alloués à la santé afin de ne pas laisser ce choix aux seuls décideurs extérieurs.

Quelques repères en évaluation médico-économique

Les coûts liés à une maladie peuvent être séparés en :

- coûts directs, qui comprennent tous les soins de prise en charge, tels que les coûts de consultation, d'examens biologiques ou d'imagerie, ambulatoires et hospitaliers ; parfois, on y intègre le remboursement des transports et l'achat de matériel et d'appareils ;
- coûts indirects, qui reflètent la perte de productivité, que l'on peut résumer aux coûts liés à l'absentéisme (arrêts maladie de courte et longue durée, mise en invalidité ou longue maladie, retraite anticipée).

Quelques chiffres de référence

Le « fardeau économique » (*economic burden*) de la polyarthrite rhumatoïde

Un certain nombre d'études de coûts ont été réalisées au cours des dernières décennies, et ont fourni des estimations très différentes du fait de divergences dans les caractéristiques des patients et de la méthodologie utilisée.¹ D'un point de vue général, les coûts directs liés à la

* Université Pierre-et-Marie-Curie, Paris-6, GRC-UPMC 08, Évaluation et épidémiologie des maladies ostéo-articulaires inflammatoires et systémiques ; AP-HP, groupe hospitalier de La Pitié-Salpêtrière, service de rhumatologie, 75013 Paris, France bruno.fautrel@psl.aphp.fr

TABLEAU 1 Répartition des coûts (€) selon l'analyse systématique de la littérature *			
	Nombre d'études	Moyenne	Interquartile range
Coûts directs totaux	23	4 170	2 576-4 561
Coûts directs ambulatoires	23	2 981	1 754-3 660
• Consultations :			
généraliste	22	527	288-718
paramédicaux	15	402	106-560
urgences	7	133	42-194
• Médicaments :			
AINS	6	287	94-499
corticoïdes	5	48	13-70
traitements de fond (DMARD)	7	694	267-953
anti-TNF	4	3 820	2 602-4 408
• Examens complémentaires :			
radiographies	6	256	131-300
autres	7	206	37-253
• Chirurgie ambulatoire			
	13	114	36-139
Coûts directs hospitaliers	22	1 243	446-1 649
• Frais d'hospitalisation en urgence			
chirurgicaux	6	256	162-239
non chirurgicaux	5	279	237-404
• Frais d'hospitalisation conventionnelle			
	9	171	58-322
Coûts indirects			
Méthode des coûts de friction :	4	1 441	702-1 307
invalidité et retraite anticipée	2	865	412-1 067
Méthode du capital humain :	14	8 452	4 144-11 566
arrêts maladie	6	2 770	855-2 378
invalidité et retraite anticipée	4	6 467	4 195-8 999

AINS : anti-inflammatoires ; DMARD : *Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug* ; TNF : *Tumor Necrosis Factor*.
* D'après la réf. 2.

polyarthrite rhumatoïde ont été estimés autour de 4 000 € par patient et par an (la plus grande part de ces coûts revenant aux hospitalisations et aux traitements) [v. tableau 1].² L'impact de la polyarthrite rhumatoïde sur la participation au travail est important. Jusqu'au

milieu des années 2000, la multiplication des arrêts de travail dès les premières années de la maladie amenait rapidement à la mise en invalidité (12 % des patients après 3 à 5 ans, en moyenne). Une tendance qui tend à se réduire avec l'arrivée de thérapeutiques plus efficaces.

Cependant, ces évaluations posent des problèmes méthodologiques ; d'une étude à l'autre, les chiffres varient notablement : à ce jour les estimations annuelles par patient varient entre 2 300 et 5 500 € (v. tableau 1).³ Le handicap induit par la maladie est l'un des principaux déterminants des coûts. À la phase précoce, ce handicap est fortement corrélé à l'activité (dommages réversibles) puis progressivement à la destruction des articulations (dommages irréversibles).

Évolution des coûts durant les 10 dernières années

Au cours de la dernière décennie, deux études observationnelles ont été réalisées en France à 5 ans d'intervalle.^{4,5} La comparaison des résultats révèle une importante augmentation des coûts directs, de 4 003 € pour la première étude à 11 757 € pour la seconde. La composition de ces coûts change de manière importante, avec une augmentation de ceux liés aux médicaments du fait de l'arrivée des biothérapies, et d'une légère baisse de ceux liés aux hospitalisations (v. tableau 2).

Quels bénéfices attendre des nouvelles modalités de prise en charge de la polyarthrite rhumatoïde ?

L'efficacité spectaculaire des biothérapies sur l'activité de la maladie est associée, comme prévu, à une certaine réduction d'utilisation des ressources par les patients. Il est important de préciser que cette amélioration n'est pas uniquement due aux biothérapies en elles-mêmes mais aussi aux changements de la prise en charge des patients (urgence médicale, introduction du méthotrexate dès que possible, rémission comme objectif...).

Concernant les coûts directs, il semble exister une diminution du nombre de consultations médicales, mais dans une faible proportion. *A contrario*, les hospitalisations pour remplacements prothétiques (prothèse de hanche et de genou principalement) ont diminué de manière significative. L'amélioration globale du statut fonctionnel des patients pourrait également participer à une moindre consommation globale de soins, mais cela n'est

TABEAU 2 Évolution des coûts directs entre 2 études françaises avant et après la mise sur le marché des biothérapies chez des patients ayant une polyarthrite rhumatoïde établie

Coûts directs (€, en 2005)	PRACTIS ⁴	Eco-PR ⁵
Nombre de patients	1 003	1 487
Âge en années (moyenne ± DS)	57 ± 14	63 ± 13
Durée de la PR en année (moyenne ± DS)	10 ± 6	18 ± 11
HAQ (moyenne ± DS)	1,32 ± 0,77	1,42 ± 0,74
Patients sous biothérapie, n (%)	0 (0 %)	401 (27 %)
Coûts directs moyens (médiane)	4 003 (2 021)	11 757 (3 951)
Répartition des coûts directs (%) :		
consultations	7	9
hospitalisations	60	37
médicaments	13	37
examens complémentaires	11	5
divers	9	12

D'après les réf. 4 et 5.

DS : déviation standard ; HAQ : *Health Assessment Questionnaire* ; PR : polyarthrite rhumatoïde.

pas complètement démontré à moyen et long terme. Les données sur la perte de productivité sont plus contrastées. Les essais thérapeutiques et les études observationnelles mettent en évidence une diminution des arrêts maladie à court et moyen terme après introduction des biothérapies.⁶ Néanmoins, la proportion de patients évoluant vers un statut de reconnaissance en invalidité semble continuer d'évoluer pour son propre compte, liée soit à la maladie directement, soit à un comportement social favorisé par la maladie. Mais ces observations peuvent être biaisées par le fait que les biothérapies sont souvent utilisées chez des patients ayant déjà une atteinte structurale, et donc un handicap irréversible, qui ne peut être complètement corrigé par les traitements biologiques. On ne sait pas à ce jour si une prescription plus précoce pourrait changer réellement les choses.

La prise en charge actuelle de la polyarthrite rhumatoïde et le recours plus large aux biothérapies ont changé le paysage rhumatologique en termes de coût : une augmentation considérable des coûts directs (due aux prix des médicaments) a été rapidement observée, malgré la diminution des hospitalisations pour remplacement articulaire prothétique. Mais la diminution du fardeau des coûts indirects (perte de productivité) reste plus

débatte ; des études longitudinales à venir s'intéressant aux patients en âge de travailler et sous biothérapies devraient mieux nous éclairer sur cet impact. •

RÉFÉRENCES

1. Fautrel B, Verstappen SM, Boonen A. Economic consequences and potential benefits. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2011;25:607-24.
2. Franke LC, Ament AJ, van de Laar MA, Boonen A, Severens JL. Cost-of-illness of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27:S118-23.
3. Verstappen SM, Boonen A, Verkleij H, Bijlsma JW, Buskens E, Jacobs JW. Productivity costs among patients with rheumatoid arthritis: the influence of methods and sources to value loss of productivity. *Ann Rheum Dis* 2005;64:1754-60.
4. Guillemin F, Durieux S, Daures JP, et al. Costs of rheumatoid arthritis in France: a multicenter study of 1109 patients managed by hospital-based rheumatologists. *J Rheumatol* 2004;31:1297-304.
5. Kobelt G, Woronoff AS, Richard B, Peeters P, Sany J. Disease status, costs and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in France: the ECO-PR Study. *Joint Bone Spine* 2008;75:408-15.
6. Neovius M, Simard JF, Klareskog L, Askling J. Sick leave and disability pension before and after initiation of antirheumatic therapies in clinical practice. *Ann Rheum Dis* 2011;70:1407-14.

S. Dadoun et B. Fautrel déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêts.